

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

MÔNICA GENTIL MATTOS

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2012

MÔNICA GENTIL MATTOS

**ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria Inês Barreiros Senna.

CONSELHEIRO LAFAIETE / MG

2012

MÔNICA GENTIL MATTOS

**ACOLHIMENTO NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Banca Examinadora

Profa. Maria Inês Barreiros Senna (Orientadora)

Profa. Simone Dutra Lucas

Aprovado em Conselho Lafaiete: 30/ 06/ 2012

Dedico esse trabalho à população de Pequenas Praias na Ilha Grande (município de Angra dos Reis/RJ), que me fez perceber a necessidade de compreender e respeitar o próximo.

Da mesma forma à Equipe de Saúde Pequenas Praias que compactuam com enorme entusiasmo meus ideais.

E em especial ao meu maior sonho realizado: Erick Mattos.

Agradeço a orientadora Maria Inês pela sua sabedoria na busca contínua pela perfeição.

Também, agradeço a Universidade de Minas Gerais por valorizar e acreditar no aprimoramento dos trabalhadores das Equipes Saúde da Família, até mesmo aquelas mais distantes.

E finalmente a Deus por iluminar sempre nossas caminhadas.

**“ Não devemos ter medo dos confrontos
... até os planetas se chocam e do caos
nascem as estrelas”.**

Charles Chaplin

RESUMO

Este trabalho relata os aspectos conceituais e operacionais do acolhimento quando implantados nas Equipes de Saúde Bucal / Equipes Saúde da Família. O processo de acolhimento representa uma estratégia inovadora na humanização da atenção em saúde pública através do estabelecimento de vínculo e responsabilização com a comunidade, favorecendo assim, o acesso, e a capacidade de escuta às demandas dos usuários. Para tanto, realizou-se uma revisão narrativa da literatura acerca do acolhimento no período de 2000 a 2011, onde os dados utilizados foram pautados nas bases: Medline, Lilacs, PubMed, BVS-MS, SciELO e Google acadêmico. Como resultados foram selecionados 13 artigos que relatam experiências da implantação do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde em sete estados nacionais, sendo narradas não só as transformações ocorridas, mas também os desafios a serem enfrentados. Estes artigos também possibilitaram uma avaliação do relato de entrevistas com trabalhadores e usuários acerca da percepção desta ferramenta ao longo do processo de trabalho. A partir destas informações observou-se que para a implantação do processo de acolhimento nos serviços de saúde bucal são necessários: ambiente acolhedor; elaboração de arranjos organizacionais adaptados à singularidade de cada unidade (fluxograma com classificação de risco); reuniões de equipe; incentivo à educação permanente; controle social; além da gestão colegiada. Concluiu-se que a operacionalização do acolhimento nas Equipes Saúde da Família / Equipe Saúde Bucal requer amplas transformações envolvendo articulações entre usuários, trabalhadores e gestores.

Palavras-chave: Acolhimento. Saúde bucal. Atenção Primária a Saúde

ABSTRACT

The present study describes the embracement conceptual and operational aspects in the Oral Health Program/ Family Health Program. The embracement process is a brand new strategy to promote humanization in public health care through attachment and responsibility with the society that will improve the access and the ability to listen to the users' demands will be possible. For this reason, a narrative literature review on the subject embracement was performed in the period from 2000 to 2011, and it was based on Medline, Lilacs, PubMed, BVS-MS, SciELO and Google scholar databases. The results were based on 13 reports which told the experiences of the embracement implementation on Health Basic Attention located in seven national states, which described not only the transformations that occurred, but also the challenges to be faced. These reports also allowed an evaluation on the interviewers with workers and users about the perceptions of this tool along the work health process. Based on these informations, it was observed that to implement the embracement process on oral health services it is necessary: an embracement place; the development of organizational arrangements adapted to the uniqueness of each unit (flowchart with rating risk); equip group meetings; encourage continuing education of health professionals; social control; and also scholar management. It was concluded that the embracement operationazion in the Family Health Program / Oral Health Program requeres extensive transformations involving huge articulations between users, workers and managers is required to the embracement operates as a guideline in the.

Keywords: Embracement. Oral health. Primary Heath Attention.

LISTA DE FIGURAS

	página
Figura 1 – Resumo de artigos avaliados sobre acolhimento implantados em ESF/ESB no período de 1999 a 2010	19
Figura 2 – Diagrama representativo das etapas indicadas no processo de acolhimento	24
Figura 3 – Fluxograma dos usuários na Unidade Básica de Saúde	31
Figura 4 – Classificação de risco preconizada pelo município de Minas Gerais	40
Figura 5 – Critérios para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária de Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAP – Centro de Atenção Psicossocial

CD – Cirurgião-dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CPOD – Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

CS – Centro de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe Saúde da Família

LILACS – Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe

MEDLINE – Literatura internacional em ciências da saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PAI – Pronto Atendimento Infantil

PSF – Programa Saúde da Família

SB – Saúde Bucal

SciELO –Scientific Eletronic Library Online

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	página
1 INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo Geral	16
3.2 Objetivos Específicos	16
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	17
5. Resultados e Discussão	18
5.1 Artigos analisados	18
5.2 Conceitos sobre acolhimento	22
5.3 Princípios do acolhimento	26
5.4 Resistência ao acolhimento	29
5.5 Fluxo dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde	30
5.6 Implantação do acolhimento em municípios brasileiros	32
5.6.1 Betim (MG)	32
5.6.2 Belo Horizonte (MG)	33
5.6.3 Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão (RS)	34
5.6.4 São Paulo (SP)	35
5.6.5 Vitória da Conquista (BA)	36
5.6.6 Alagoinhas (BA)	37
5.6.7 Fortaleza (CE)	38
5.7 Protocolos de classificação de risco na odontologia	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 após um longo processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento de reforma sanitária instituiu no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), onde se defende a saúde como direito de todos e dever do Estado (FILHO, 2009).

Desde então, o SUS vem sendo construído na busca da implementação de princípios que regem esta política de saúde, com destaque para: universalidade no acesso; equidade e integralidade da atenção à saúde; descentralização da gestão setorial; regionalização e hierarquização da rede de serviços; além da participação popular (FILHO, 2009).

Como estratégia de consolidação do SUS implantou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo este elencado como prioritário para a reorientação do modelo de atenção à saúde no sentido de reverter modelos de assistência centrados na produção de procedimentos que se destinam à cura de doenças, para modelos centrados no cuidado dos indivíduos, considerando seus contextos socioeconômicos e culturais, além do território em que estão inseridos representarem o local privilegiado de atuação (BRASIL, 2004; FILHO, 2009).

A primeira etapa deste processo ocorreu efetivamente em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). Apenas após três anos é que houve a formação das primeiras equipes do PSF, incorporando e ampliando assim, a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Desde o início deste programa, os agentes comunitários de saúde já desenvolviam ações de promoção de saúde bucal, e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (BRASIL, 2002).

Apesar das necessidades odontológicas serem evidentes em nossa nação, a inclusão de profissionais de saúde bucal no PSF ocorreu apenas em março de 2001, sendo que no período de 11 meses foram implantadas 3.943 equipes de saúde bucal (ESB), distribuídas em 2.157 municípios brasileiros (BRASIL, 2002).

Os últimos dados publicados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) registraram até o mês de agosto de 2011 um total de 32.079 Equipes Saúde da Família (ESF) implantadas em 5.391 municípios brasileiros, enquanto 21.038 ESB foram implantadas em 4.847 municípios brasileiros (BRASIL, 2012).

Em meados de 2004, por meio da Política Nacional de Saúde Bucal se lançou o Programa Brasil Sorridente (SB Brasil) que significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, uma vez que a odontologia no Brasil historicamente se caracterizava por ações de baixa complexidade na sua maioria curativas e mutiladoras, com extrema exclusão social (BRASIL, 2012).

Este novo fazer em saúde bucal propõe construir uma prática efetivamente resolutive a partir de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade. Este documento sugere que os profissionais da ESB adquiram capacidade de propor alianças com os mais diversos serviços que a comunidade seja capaz de se engajar (BRASIL, 2004).

Também, de acordo com esta linha de readequação do sistema de saúde, o município de Angra dos Reis, localizado na região Costa Verde do Estado do Rio de Janeiro implantou as ESF em 2001, e a partir de 2005 houve a integração das ESB.

Como cirurgiã-dentista no município de Angra dos Reis há três anos venho acompanhando os últimos avanços ocorridos neste processo de construção dos serviços de saúde onde integro a ESB Pequenas Praias situada na Ilha Grande.

Ao longo deste percurso, inúmeras dificuldades surgiram no cotidiano do nosso trabalho, o que levou a ESF Pequenas Praias a indagar diferentes questionamentos, especialmente em relação às demandas de nossa comunidade.

Então, na busca por referências técnicas e científicas capazes de fundamentar a organização da saúde bucal (SB) neste município, e guiada pelas diretrizes da Política Nacional de SB, ingressei no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais.

A experiência adquirida durante este curso que envolveu conhecimentos científicos e relatos de outros profissionais da ESF atuando em diferentes municípios e estados do nosso país proporcionou uma reflexão acerca do atual modelo assistencial de saúde que faço parte.

Inicialmente, foram colhidos dados referentes à organização da rede pública no município de Angra dos Reis, onde atualmente atuo como Cirurgiã-Dentista (CD). Estes serviços de saúde pública estão distribuídos em cinco Distritos Sanitários (I, II, III, IV e V), sendo estes compostos por: 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); seis unidades de Pronto Atendimento (SPA), incluindo um Pronto Atendimento Infantil (PAI) e um Pronto Socorro Geral; um Centro de Especialidades Médicas (CEM); um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 25 módulos do PSF, cinco equipes do PACS, um laboratório central, dois hospitais conveniados, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), e um hemonúcleo.

No V Distrito Sanitário, que abrange a Ilha Grande, encontram-se implantadas quatro ESF identificadas como: Abraão, Provetá, Marítimas e Pequenas Praias, além de uma Unidade de Pronto Atendimento. Atualmente, a Ilha Grande se encontra com uma cobertura total pelas ESF e ESB.

A ESF Pequenas Praias, onde atuo se responsabiliza pelas unidades Araçatiba e Enseada das Estrelas. Em 2011, foram cadastradas nestas duas unidades 409 famílias com 1.372 usuários distribuídos por quatro microáreas e quatro ACS.

Ao realizar o diagnóstico situacional nestas unidades, foram identificados determinados problemas enfrentados rotineiramente por estas comunidades. Dentre estes se destacam: domicílios em local de difícil acesso, em decorrência da necessidade de transporte marítimo para o continente, além de grande parte das residências situarem nas encostas e distantes dos cais; ausência de água fluoretada; precariedade no sistema de esgoto; predomínio de empregos informais; uso abusivo de alimentação não saudável; ausência de espaço para atividades físicas; precariedade nas atividades de lazer; elevado número de tabagistas; e dificuldade de acesso aos principais meios de comunicação.

Além destes problemas os profissionais da ESF enfrentam a difícil situação de se responsabilizarem concomitantemente por duas diferentes comunidades, inclusive localizadas geograficamente equidistantes, o que por vezes acarreta descontentamentos e reclamações pelos usuários e profissionais.

Os trabalhadores das equipes de saúde precisam perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento; melhorar e prolongar a vida; evitar ou reduzir danos; (re)construir autonomia; melhorar as condições de vida; favorecer a criação de vínculos; além de reduzir o isolamento e abandono da população (BRASIL, 2011b).

Portanto, frente à situação descrita, considero que uma estratégia para melhoria das relações estabelecidas entre gestores, profissionais e usuários seja a incorporação do acolhimento, que garantirá o acesso aos serviços de saúde de forma mais resolutiva, e que possibilitem também, a formação de vínculo entre a comunidade e funcionários do ESF.

2 JUSTIFICATIVA

A ESB Pequenas Praias realizou, no ano de 2010, um levantamento da SB em sua área adscrita. Foram avaliados 340 (25,5%) usuários no total de 1.335 desta população. Dentre os resultados obtidos registrou-se que aproximadamente um dente cariado estava presente no grupo das crianças com menos de cinco anos de idade; o índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) na faixa etária de seis e 12 anos foi de 3,3; com o aumento da idade dos usuários este índice aumentava significativamente; os usuários com idade superior a 65 anos apresentaram um CPOD equivalente a 25,3. Diante destes dados, identificou-se uma realidade marcada por seqüelas bucais, principalmente resultantes da cárie dentária.

Com o objetivo de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços nacionalmente junto ao SUS, e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância em saúde, realizou-se em 2010 o último inquérito nacional intitulado como Projeto SB Brasil.

Dentre os principais resultados apresentados no relatório referente a este projeto, destacam-se os relativos à cárie dentária. Esta pesquisa revelou que crianças brasileiras de 12 anos de idade, e adolescentes de 15 a 19 anos apresentaram um índice CPOD médio de 2,07 e 4,25; respectivamente. No que se refere aos adultos, o CPOD médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44; e 27,53 na faixa de 65 a 74, sendo que neste último grupo 23,9% dos adultos necessitavam do uso de prótese total em pelo menos um maxilar, enquanto 15,4% necessitavam de prótese total nos dois maxilares (BRASIL, 2012).

Em relação às crianças menores de cinco anos de idade, notou-se neste estudo que havia uma média de 2,43 dentes com ataque de cárie, onde apenas 20% destas crianças realizaram tratamento (BRASIL, 2012).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicaram que, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPOD entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPOD entre 1,2 e 2,6) (BRASIL, 2012).

Ao iniciar minhas atividades na ESB Pequenas Praias, o processo de organização do trabalho se direcionava basicamente segundo a demanda dos usuários. Posteriormente, foram introduzidas rotinas de visitas domiciliares com o objetivo de buscar usuários com maiores necessidades. Além disso, é de nossa prática promover ações coletivas, seja nas

Unidades ou em locais estratégicos, além de atuar periodicamente nas cinco escolas públicas realizando atividades educativas e preventivas.

Enfim, atualmente, existe uma enorme dificuldade em lidar com a priorização dos atendimentos na odontologia por esta equipe, onde por vezes o mais necessitado acaba não sendo atendido prontamente, o que geralmente acaba por agravar sua situação clínica. Além disso, verificamos que de uma forma geral as condições de saúde bucal de nossa comunidade estão além dos indicadores médios avaliados no Projeto SB Brasil 2010.

Apesar dos esforços, estou ciente da necessidade de ampliar as nossas ações, tornando-as mais resolutivas, e também incorporando efetivamente os demais profissionais em nossa equipe a fim de consolidar a SB na Ilha Grande.

Neste contexto, para que ocorra o pleno desenvolvimento no cuidado em saúde bucal, além dos princípios norteadores inicialmente citados no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade), foram acrescentados: a gestão participativa, a ética, o acesso, o vínculo, a responsabilidade profissional e o acolhimento (BRASIL, 2004).

O acolhimento representa um modo eficiente de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar, e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Tal processo implica também, em prestar um atendimento resolutividade e com responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação à outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, estabelecendo articulações com outros serviços, e garantindo também, a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2011a).

Na realidade, o acolhimento não representa um espaço ou local, mas sim uma postura ética, onde não é pressuposto hora ou profissional específico para fazê-lo, implica em compartilhar saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções com os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2004).

Frente às dificuldades enfrentadas rotineiramente pela ESF - Pequenas Praias busca-se desenvolver ações permeadas pela prática do acolhimento. Reuniões periódicas envolvendo todos os profissionais desta equipe, com a participação comunitária na programação mensal de nossas ações tornou-se uma prática nos últimos meses. Observamos que as agentes comunitárias desempenham papel fundamental no estabelecimento de nossas prioridades como: visitas domiciliares, grupos operativos (menores de cinco anos, hipertensos, diabéticos, pacientes com necessidades especiais, gestantes, recém-nascidos, etc). A partir destas necessidades estabeleceu-se um

fluxograma que facilita as prioridades do atendimento, além de diminuir o tempo de espera dos usuários.

Quanto aos serviços de saúde bucal nesta unidade, buscamos seguir a mesma lógica, onde a ESB interage ativamente na participação de visitas domiciliares e grupos operativos. Portanto, é justamente nestes encontros que realizamos uma busca ativa, o que vem elevando o número de altas em pacientes com maiores necessidades.

Apesar dos esforços de nossas práticas, acreditamos que a ampliação do conhecimento sobre o acolhimento beneficiará não só a comunidade Pequenas Praias, mas também os profissionais envolvidos.

E assim, pretendo desenvolver uma análise crítica sobre as implicações da implementação do acolhimento no processo de trabalho da ESF, avaliando experiências descritas na literatura, para que surjam indagações quanto sua capacidade de transformar as condições bucais dos usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Identificar aspectos conceituais e operacionais do processo de acolhimento implantado pelas ESB/ESF.

3.2 Objetivos Específicos

- Levantar as principais concepções sobre o processo de acolhimento.
- Identificar relatos e experiências sobre a incorporação do acolhimento pelas ESB/ESF.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é uma revisão narrativa da literatura sobre o acolhimento na Estratégia de Saúde Bucal, onde avaliações das experiências e entrevistas publicadas na literatura em diversos municípios do país são descritas.

Para a pesquisa científica selecionou-se o método da revisão narrativa descrita por Rother (2007) como uma análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise pessoal da autora.

A amostra obtida nesta revisão pautou-se na seleção de periódicos nacionais e documentos oficiais do Ministério da Saúde publicados no período de 2000 a 2011 e que traziam em seu escopo a incorporação do acolhimento nas práticas de saúde desenvolvidas pelas ESF/ESB.

Utilizou-se como dados as bases: Medline, Lilacs, PubMed, BVS-MS, SciELO, e Google acadêmico. Os descritores pesquisados foram: acolhimento, saúde bucal e atenção primária à saúde.

Ao longo da pesquisa nas bases de dados procedeu-se uma exclusão dos resumos de artigos os quais não apresentavam pertinência no assunto explorado, prosseguindo assim na análise dos textos completos, onde foram selecionados 13 artigos a integrarem na presente revisão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Artigos analisados

Os artigos científicos sobre a temática do acolhimento surgiram no Brasil a partir de 1999, onde é proposta a organização do serviço de saúde centrada no usuário (FRANCO *et al.*, 1999).

Em relação ao tipo de trabalho desenvolvido, observa-se que a maioria relata sua prática em municípios, onde o procedimento metodológico utilizado usualmente é pautado em entrevistas clínicas e observações.

Dentre estes artigos, pode-se verificar que o desenvolvido por Coelho e Jorge (2009) foi capaz de realizar não só o maior número de entrevistas (total de 100), mas também o maior período de acompanhamento (nove anos).

Já em relação aos artigos do processo de acolhimento integrado à ESB, verificou-se um reduzido número. Provavelmente este fato seja atribuído a recente incorporação desta nos serviços públicos em nosso país, adicionado ao fato de uma aceitação ainda em fase de progressão pelos seus integrantes.

A seguir, estão listados os artigos selecionados para o presente estudo, no período de 1999 a 2010, que relatam suas experiências com a incorporação do processo de acolhimento nas ESF/ESB (FIG. 1).

Figura 1 – Resumo de artigos avaliados sobre o acolhimento implantado em ESF/ESB no período de 1999 a 2010

Autor(es)	Ano publicação	Título	Local do estudo	Época do estudo	Tipo de estudo	Resultados	Periódico
Franco <i>et al.</i>	1999	O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil	Betim (MG)	1995 a 1997	Análise comparativa antes e após a criação da equipe de acolhimento na UBS Rosa Capucho.	Aumento do acesso aos serviços de saúde, elevação do rendimento profissional, e resolubilidade para as queixas dos usuários.	Cad. Saúde Pública
Malta <i>et al.</i>	2000	Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte	Belo Horizonte (MG)	1994 a 1997	Análise da implantação do projeto Acolhimento nos Centros de Saúde de BH através da análise do banco de dados e questionários aplicados aos gestores.	A análise dos bancos de dados apontaram aumento no ingresso de pacientes com casos agudos. Os questionários revelaram que 66% dos CS utilizam protocolos, 67% fluxograma, 72% participam de reuniões de equipe, e 66% se integram com a equipe.	Saúde em debate
Santos <i>et al.</i>	2002	Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública	Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão (RS)	2001	Entrevistas com 41 trabalhadores de três unidades básicas de saúde sobre seus conhecimentos acerca do acolhimento	Muitos dos trabalhadores possuem noções sobre o Acolhimento	Boletim da Saúde
Ramos e Lima	2003	Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil	Porto Alegre (RS)	2000	Entrevistas semi-estruturadas e observações sobre os fatores que influenciam a qualidade do atendimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre relativos ao acesso e acolhimento.	Notaram variações quanto ao acesso geográfico, econômico e funcional. Satisfação dos usuários determinada pela organização do serviço e competência profissional relacionadas ao acolhimento. Identificaram como dificuldades: má recepção, e desempenho profissional.	Cad. Saúde Pública

Fracoli e Zoboli	2004	Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa Saúde da Família	São Paulo (SP)	2000	Entrevistas semi-estruturadas e observações em 10 USF.	Existem falhas na operacionalização do acolhimento nestas USF.	Rev Esc Enferm USP
Schimith e Lima e	2004	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família	Município no RS	2001	Estudo de caso por meio de observações livres, entrevistas semi-estruturadas, e consultas à documentos.	Existem lacunas no acolhimento, sobretudo na demanda, na responsabilização pelos problemas de saúde da população, e também no estímulo à autonomia do usuário. Em relação à produção do vínculo, constatou-se sua relação com o desenvolvimento de atividades clínicas.	Cad Saúde Pública
Solla	2005	Acolhimento no sistema municipal de saúde	Vitória da Conquista (BA)	1997 a 2004	Análise descritiva sobre a proposta de implementação do acolhimento nas unidades da rede de serviços de saúde em Vitória da Conquista.	Identificou-se a importância da participação popular, dos conselhos locais, e da ouvidoria na implantação do acolhimento em UBS.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.
Santos, <i>et al.</i>	2007	Linhas de tensão no processo de acolhimento das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas Bahia, Brasil	Alagoinha (BA)	2004	Entrevistas semi-estruturadas (17 sujeitos) e observações em três USF.	O primeiro contato do usuário com a USF ocorre na recepção de forma tensa e conflitante, já o processo terapêutico ocorre de diferentes maneiras. Contudo, as ESB imprimem diferentes formas de acolhimento, dependente do compromisso e da singularidade dos sujeitos atuantes na prática.	Cad Saúde Pública
Azambuja <i>et al.</i>	2007	Relato de experiência: o acolhimento em grupo como uma estratégia para a integralidade	Porto Alegre (RS)	2005	Relato de experiência da implantação do acolhimento em grupo em uma UBS.	A possibilidade do serviço refletir sobre sua organização e conceito de saúde, utilidade desta prática no processo de territorialização, e maior aproximação entre profissionais e usuários.	Psico-USF

Coelho e Jorge	2009	Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo	Fortaleza (CE)	2006	Pesquisa descritiva em seis USF com 70 trabalhadores de UBS, e entrevista com 30 usuários tendo como base teórica a tecnologia leve na atenção à saúde.	As tecnologias das relações nas ações de saúde indicam a necessidade de respeito, relações efetivas no trabalho, resolutividade no atendimento, acesso às informações entre os membros da equipe, e entre esses e os usuários.	Ciê. Saúde Coletiva e
Filho <i>et al.</i>	2009	Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado	Aracajú (SE)	não é mencionado	Estudo de caso sobre a prática do acolhimento coletivo em um PSF.	O acolhimento coletivo proporciona a percepção das necessidades do coletivo, vindo à tona novas visões, preconceitos e concepções.	Interface
Nuto <i>et al.</i>	2010	O acolhimento em saúde bucal na estratégia da saúde da família – Fortaleza – CE: um relato de experiência	Fortaleza (CE)	2008	Descrição da prática de acolhimento em saúde bucal em uma ESF.	Observou-se que 62,3% dos usuários tiveram seus problemas resolvidos na própria clínica de odontologia, enquanto apenas 4,1% necessitavam encaminhamentos.	Rev. APC
Pinheiro e Oliveira	2010	A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família	Fortaleza (CE)	não é mencionado	Realizou-se 16 entrevistas semi-estruturadas com dentistas do PSF e observações.	Neste estudo observou-se a importância do uso das tecnologias leves no processo de trabalho dos dentistas para a humanização de sua prática, e obtenção do cuidado integral na estratégia do PSF. Também, relatam que o acolhimento, enquanto técnica de avaliação e classificação de risco necessita de ajustes.	Interface – Comunicação, Saúde, Educação

5.2. Conceitos sobre acolhimento

Acolher segundo definição dada pelo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa representa: dar acolhida ou agasalho a; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir; aceitar; tomar em consideração; atender a. Enfim, ao adotar esta prática ao longo do processo de trabalho, o profissional de saúde se reconstrói, ofertando também, ao usuário a possibilidade de construir sua própria saúde com autonomia (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

O Ministério da Saúde define acolhimento na Cartilha da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS como:

[...] processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2011, p.14).

Franco *et al.* (1999) sugerem que o acolhimento representa um dispositivo capaz de interrogar processos intercessores na construção de relações clínicas estabelecidas em todas as práticas da saúde, além de citarem sua capacidade em escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado. Portanto, tratam este dispositivo como um fator de transformação, enfatizando sua característica de contemporaneidade, além de defini-lo como:

[...] a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeitos que se propõem à construção do novo, a fazer no tempo presente aquilo que é o objetivo no futuro (FRANCO *et al.*, 1999, p.18).

Já, Malta *et al.* (2000) apontam o acolhimento como um mecanismo capaz de transformar o processo de trabalho em saúde de forma a atender a todos, na medida em que assumem uma postura de escuta, além de oferecer respostas adequadas a cada usuário, estabelecendo assim, a responsabilização com a saúde dos indivíduos, e conseqüentemente constituindo vínculos entre profissionais e população.

O acolhimento constitui uma estratégia capaz de humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, além de resgatar o acontecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção (MALTA *et al.*, 2000).

Além disso, estes autores complementam que o acolhimento representa o momento tecnológico onde se deve imprimir qualidade nos serviços de saúde (MALTA *et al.*, 2000).

Nesse contexto, o acolhimento se constituiu num potente disparador de mudanças, permitindo uma profunda reflexão dos problemas existentes no serviço de saúde, como: inadequada área física; profissionais em número insuficientes e com déficits em suas capacitações; carência de protocolos; dificuldade de obtenção de apoio diagnóstico e de consultas especializadas; falta de medicamentos, ambulância e leitos; e falhas dos processos gerenciais (MALTA *et al.*, 2000).

O ato de escuta é diferente de ato de bondade, é um momento de construção de transferência (MALTA *et al.*, 2000).

Segundo Santos *et al.* (2002) o acolhimento é uma estratégia de reorientação dos profissionais e das relações desses com os usuários, contribuindo para a humanização e melhoria da qualidade da atenção, pois atitudes reprodutoras do modelo hegemônico neoliberal nas relações trabalhador-usuário comprometem significativamente a qualidade dos serviços.

Portanto, trabalhar acolhimento no modelo tecno-assistencial em Defesa da Vida significa permitir maior acesso ao usuário à humanização dos serviços, passando por uma boa acolhida e uma escuta qualificada (SANTOS *et al.*, 2002).

Para Santos *et al.* (2002), o acolhimento traz mudanças significativas no acesso à população, e nas ações que decorrem deste primeiro contato, tais como agendamento das consultas e programação de serviços.

O acolhimento não se esgota na recepção do usuário, devendo permanecer nos demais encontros que ocorrem durante a sua permanência no serviço de saúde (BRASIL, 2011a; RAMOS e LIMA, 2003).

Estes autores estabelecem “critérios de acessibilidade” que interferem na qualidade do atendimento, juntamente com o acolhimento em uma UBS. No entanto, o critério da avaliação do risco traz maiores vantagens na lógica do atendimento, já que o acesso também segue os princípios de universalidade (BRASIL, 2011a).

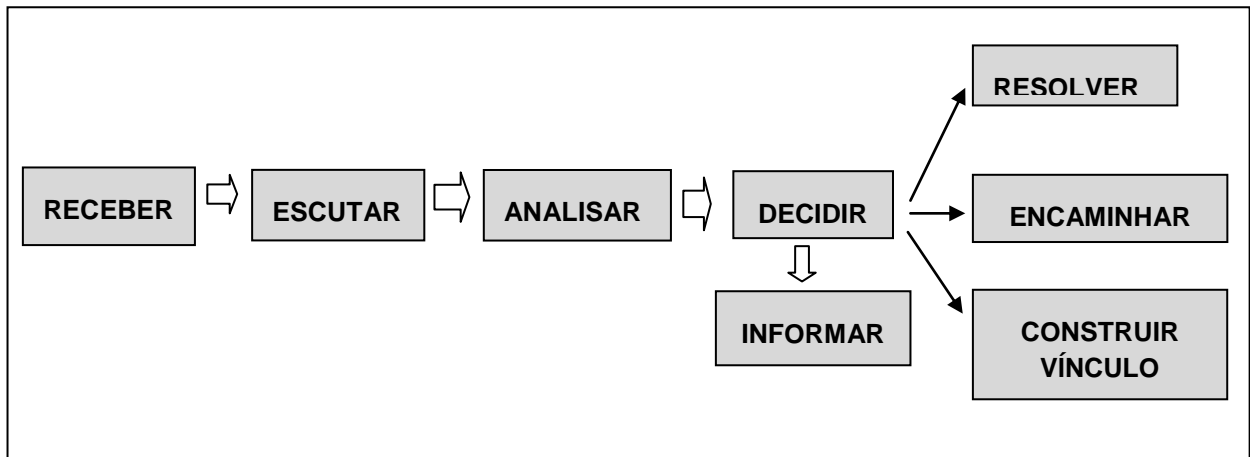
Schimith e Lima (2004) acrescentam que a inserção do acolhimento no processo de trabalho das UBS, faz com que profissionais e pacientes tornem-se reconhecidos como sujeitos operantes que falam, julgam e desejam.

De acordo com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o acolhimento deve ser centrado no usuário, e garantido por atuação de uma equipe multiprofissional ao “receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar” o usuário (BRASIL, 2004).

Enfim, o acolhimento busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e resolução do problema do usuário, processando uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

O acolhimento consiste em uma etapa essencial do processo de trabalho, abrangendo desde o momento de recepção dos usuários, até suas possibilidades de obter respostas, podendo ser representado sinteticamente pelo diagrama abaixo (FIG. 2).

Figura 2 – Diagrama representativo das etapas indicadas no processo de acolhimento



As tecnologias das relações, onde está incluído o acolhimento propiciam trocas de saberes, diálogo entre trabalhadores, além de trabalho em equipe (COELHO e JORGE, 2009).

Sendo assim, cuidar pressupõe um encontro afetivo, com laços de humanidade, e efetivo, do ponto de vista de identificação, tendo a capacidade de responder às necessidades singulares de saúde dos usuários (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

O acolhimento é também definido como uma possibilidade de construção de novas práticas em saúde, compreendendo-o como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno remarcação, e alta (COELHO e JORGE, 2009; SANTOS *et al.*, 2002).

Segundo destacado por Filho *et al.* (2009) o acolhimento como dispositivo é capaz de ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde com o estruturante do processo de trabalho centrado nas necessidades de saúde, com potencial instituinte de novas formas de produzir o cuidado, como espaço de integração da voz do usuário na construção de projetos, e como integração dos profissionais e seus saberes na busca da cuidar da população que assistem, numa perspectiva multidisciplinar.

Mais recentemente, a cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS define o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressando assim, uma ação de aproximação, um “estar com” ou “estar perto de”, enfim, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

O acolhimento reafirma o princípio da equidade à medida que representa um espaço para a escuta, o que possibilita o reconhecimento do risco e da vulnerabilidade dos indivíduos envolvidos. A partir desta “escuta qualificada” configura-se um espaço pedagógico, onde é possível a atuação de toda a equipe envolvendo novos saberes e tecnologias, realizando assim, a conhecida clínica ampliada (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde define o acolhimento como

[...] postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade, e para a legitimação do sistema público de saúde (BRASIL, 2010, p. 3).

Além disso, o acolhimento favorece o estabelecimento de alianças entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde, configurando uma política pública essencial “da e para a população” (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Humanização da Atenção do SUS afirma que o acolhimento representa a diretriz de maior relevância política, ética e estética. Política, pois, implica no seu compromisso coletivo. Ética refere-se ao compromisso de reconhecer o próximo independente de sua condição no momento. E finalmente, estética em relação à invenção de estratégias nas relações do cotidiano, contribuindo assim, para a dignificação da vida e para a construção da humanidade. Além disso, propõe sua presença em todos os momentos do processo de atenção e de gestão, com envolvimento de todos os participantes na produção de saúde (BRASIL, 2011b).

Acolher pressupõe escutar a queixa, medos e expectativas, identificando risco e vulnerabilidade, responsabilizando-se, assim, pela resposta ao usuário, colocando inevitavelmente em ação uma rede multidisciplinar de compromisso coletivo (BRASIL, 2011b).

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão, e o acesso aos serviços (BRASIL, 2011b).

Em diversas publicações, o acolhimento é citado como uma ferramenta, estratégia, dispositivo, ou arranjo tecnológico utilizado para promover uma transformação no processo de trabalho em saúde, capaz de permitir o acesso a serviços humanizados e resolutivos, com responsabilização coletiva dos trabalhadores centrados na necessidade do usuário (AZAMBUJA *et al.*, 2007; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011b; JORGE e COELHO, 2009; MALTA *et al.*, 2000; SANTOS *et al.*, 2007).

Portanto, é reconhecido pela maioria das publicações que o acolhimento se estabelece em todos os locais e momentos da UBS, visando um novo “olhar” na construção

do cuidado em saúde, onde o compromisso com a defesa da vida individual e coletiva ganha novas proporções.

A partir desta discussão ressalto como profissional de saúde do ESF que a incorporação do acolhimento nas práticas de saúde transcendem o processo de “escuta”, é preciso acima de tudo perceber as necessidades do próximo, realizando no cotidiano o exercício de nos posicionarmos na situação deste, ou seja, praticando a cidadania.

Diante das várias definições aplicadas ao acolhimento, são revelados os múltiplos sentidos e significados que este possui. No entanto, o mais importante não é a busca pela definição precisa, mas sim a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada e assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades (BRASIL, 2011a).

Enfim, uma atitude acolhedora representa estar atento e ávido à diversidade cultural, racial e étnica (BRASIL, 2011b).

5.3. Princípios do acolhimento

Colocar em ação o acolhimento implica inevitavelmente na análise e revisão cotidiana das práticas de atenção nas USF através da utilização de princípios que o norteiam.

O acolhimento requer que o trabalhador utilize seu saber, para a construção de respostas às necessidades dos usuários (MALTA *et al.*, 2000).

A proposta da implantação do acolhimento significa a possibilidade de resgatar os princípios do SUS e, no cotidiano dos serviços, responder com aplicação do acesso e humanização das relações (MALTA *et al.*, 2000).

Schmith e Lima (2004) afirmam que o processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, com definição do campo e núcleo de competência de cada profissional, onde a atividade de acolhimento é de responsabilidade de toda a equipe. Estes autores, também concluem em seu trabalho que os sujeitos trabalhadores apenas se sentem atores quando obtêm um projeto de defesa de vida da população, avançando, assim, no processo de cidadania.

Fracolli e Zoboli (2004, p. 144) consideram como princípio do acolhimento:

[...] a necessidade de realizar uma qualificação da relação trabalhador-usuário, pautada em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania, já que esta representa a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários em torno de interesses comuns: a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral que atenda a todos e esteja sob o controle da comunidade.

Estes autores também listaram as ações que compõem o processo de trabalho das UBS avaliadas no município de São Paulo: identificação dos problemas dos usuários, propostas de respostas, realização de anamnese e triagem para encaminhamento, realização de exame físico e sinais vitais, supervisão das auxiliares de enfermagem, supervisão da porta de entrada, organização do atendimento, realização de consulta médica ou de enfermagem, troca de medicamentos, realização de curativos, administração de medicamentos, realização de escuta humanizada, e oferecimento de apoio às pessoas que procuram o serviço (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

O acolhimento deve permear todas as ações, em todos os níveis, desde o agente comunitário até os níveis de maior complexidade, envolvendo os procedimentos e atitudes que facilitam o acesso dos usuários aos serviços de saúde (MG, 2006).

Acolher, em uma unidade de saúde, tem início com o diálogo no momento dos encontros, por meio do trabalho em equipe, configurando-se numa verdadeira teia comunicacional, tanto para os trabalhadores entre si, como para os trabalhadores e usuários. Sendo assim, cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá ou não produzir o cuidado. Finalmente, a confluência dos encontros de maneira acolhedora possibilita que o resultado do cuidado seja a conquista da saúde, na sua integralidade (SANTOS *et al.*, 2007).

O acolhimento só existe quando há diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo imperiosa a co-responsabilização e procura pelo melhor cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

A inclusão do acolhimento evoca uma reflexão e reordenação na lógica dos serviços tendo em vista um modelo que deixe de trabalhar com o atendimento à demanda espontânea, rompendo com o modelo curativo e assistencialista (SOUZA *et al.*, 2007).

Sugere-se que uma das possibilidades para edificar novas formas de se fazer saúde, seja a potencialização do dispositivo acolhimento, articulado ao estabelecimento de vínculo entre usuários, trabalhadores de saúde, e gestores do sistema de saúde. Busca-se a humanização do atendimento, onde a unidade de saúde organiza sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades, e, não somente por meio da ordem de chegada, evitando, na medida do possível, filas desnecessárias e perda de tempo (SANTOS *et al.*, 2007).

Pressupõe-se que o acolhimento seja capaz de reconhecer as sinuosidades tensionais nos diversos momentos de encontro entre os trabalhadores de saúde e os usuários do serviço, procurando assim, instituir novas comunicações que impliquem técnicas terapêuticas centradas na pessoa que demanda por cuidado (SANTOS *et al.*, 2007).

Filho *et al.* (2009) complementa esta colocação ao citar que o acolhimento abre um espaço dialógico para extirpar a alienação, respeita o sujeito, além de negociar necessidades e rearticular os serviços.

Coelho e Jorge (2009) citam que o acesso, o acolhimento e o vínculo proporcionam mudanças nas dificuldades enfrentadas pelos usuários como sua chegada ao local de atendimento, na coleta de informações do serviço de saúde, e também no agendamento de consultas.

Pinheiro e Oliveira (2010) consideram que a transformação na produção da saúde deva ser centralizada no sujeito, onde o acolhimento e o vínculo se constituem importantes instrumentos para esta mudança, já que por longo tempo, focou-se na doença, não considerando o sujeito e sua condição psicossocial, fatores estes essenciais no diagnóstico e plano de tratamento.

Atualmente, o Ministério da Saúde elaborou critérios para preconizar o acolhimento nas UBS como: o reconhecimento do protagonismo dos sujeitos; a valorização e abertura para o encontro entre profissional, usuário e rede social; a reorganização do serviço de saúde à partir da problematização dos processo de trabalho; a elaboração de um projeto terapêutico individual e coletivo; a ampliação de espaços democráticos de discussão, de escuta, de trocas e decisões coletivas; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde; além da construção coletiva de propostas com a equipe local e também com a rede de serviços e gerências de todos os níveis do sistema (BRASIL, 2011b).

Assim, com o uso apropriado destes critérios no processo de acolhimento haverá uma elevação da capilaridade, já que as ofertas terapêuticas (consultas, atividades de grupos, procedimentos de ambulatório, visitas, atividades comunitárias e intersetoriais) sofrem ampliação (BRASIL, 2011b).

Na publicação do Caderno de Texto – HumanizaSUS publicado em 2011, são propostas as seguintes diretrizes para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços em articulação com o acolhimento: clínica ampliada, co-gestão, ambiência, e valorização do trabalho em saúde (BRASIL, 2011a).

Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes multidisciplinares, totalmente comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos (BRASIL, 2011a).

5.4. Resistências ao acolhimento

Apesar dos benefícios comprovados que a inclusão do acolhimento impacta sobre o processo da reorganização nas práticas de saúde, desafios ainda se fazem presentes, principalmente no cotidiano das UBS.

Segundo relato de experiência em UBS situadas em Belo Horizonte sobre modificações no processo de trabalho após a implantação do acolhimento, Malta *et al.* (2000) apontaram como um conflito a ser superado, o relacionado às categorias profissionais, já que determinados trabalhadores sentem-se sobrecarregados.

Um aspecto fundamental no que tange ao estabelecimento do acolhimento na Atenção Primária de Saúde (APS) se refere à necessidade em articular com a rede para o desenvolvimento de ações intersetoriais, sendo importante contar com a comunidade como parceira, numa lógica de co-gestão e co-responsabilização, por meio do estímulo ao controle social, e à implantação do conselho local de saúde (AZAMBUJA *et al.*, 2007; SOUZA *et al.*, 2007).

Também, aponta-se como dificuldade a superação/minimização do desgaste emocional causado nos profissionais que realizam o acolhimento em grupo, causada pela pressão que a população exerce na busca de respostas resolutivas, além do desafio em enfrentar o desconhecido, haja visto ser uma atividade muitas vezes sem uma estruturação prévia ou auto-organizada. (SOUZA *et al.*, 2007).

Embora o acolhimento deva ocorrer em local apropriado a fim de potencializar o encontro usuário-profissionais, relatos evidenciam uma contraposição desta ocorrência (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004). Já no estudo pautado em observações e entrevistas acerca do acolhimento na ESF apontou-se como resistências nesse processo: falta de privacidade dos usuários, ambiente não apropriado, não normatização do registro nos prontuários, não avaliação das queixas sociais ou programáticas, falta de abordagem familiar, e despreparo na área temática de saúde mental (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Fracolli e Zoboli (2004) observaram que o acolhimento implantado nas ESF possui um modelo centrado no atendimento médico.

Lima e Schimith (2004) analisaram o trabalho de uma equipe do PSF no Rio Grande do Sul, e encontram lacunas no acolhimento aos usuários, sobretudo no que se refere à abertura do serviço para a demanda, a responsabilização pelos problemas de saúde da população, e o estímulo à autonomia do usuário.

Pinheiro e Oliveira (2010) ao analisar a contribuição do acolhimento e do vínculo na prática dos cirurgiões-dentistas no PSF encontraram os seguintes fatores dificultadores: demanda excessiva de usuários, necessidade de adequar as atuais técnicas à realidade

local, e a inexistência de um local apropriado para a realização da classificação das necessidades.

Já, Solla (2005) relata que a inexistência da participação financeira do estado promove uma limitação nas ações da rede de serviços de saúde ofertadas no município de Vitória da Conquista (BA).

Coelho e Jorge (2009) verificaram dificuldades na ambiência, e também na necessidade de treinamento dos trabalhadores no sentido de humanizar as relações.

5.5 Fluxo dos usuários nas unidades básicas de saúde

Partindo do pressuposto de que a recepção no acolhimento é o primeiro contato e de que, havendo situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta necessita de cuidado, deve haver um espaço adequado para a escuta, análise, definição e, em determinados casos, intervenções, ficando evidente a preocupação de não burocratizá-lo (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) publicou no Caderno de Atenção Básica intitulado como “Acolhimento à Demanda Espontânea”, um fluxograma de ofertas, sugerindo a necessidade de adaptá-lo segundo a realidade local, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada, e o atendimento as necessidades de saúde respeitando o princípio da equidade onde a perspectiva usuário-centrada assume um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2011b).

Na FIG. 3 está apresentado o diagrama de fluxo do usuário na ABS proposto recentemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

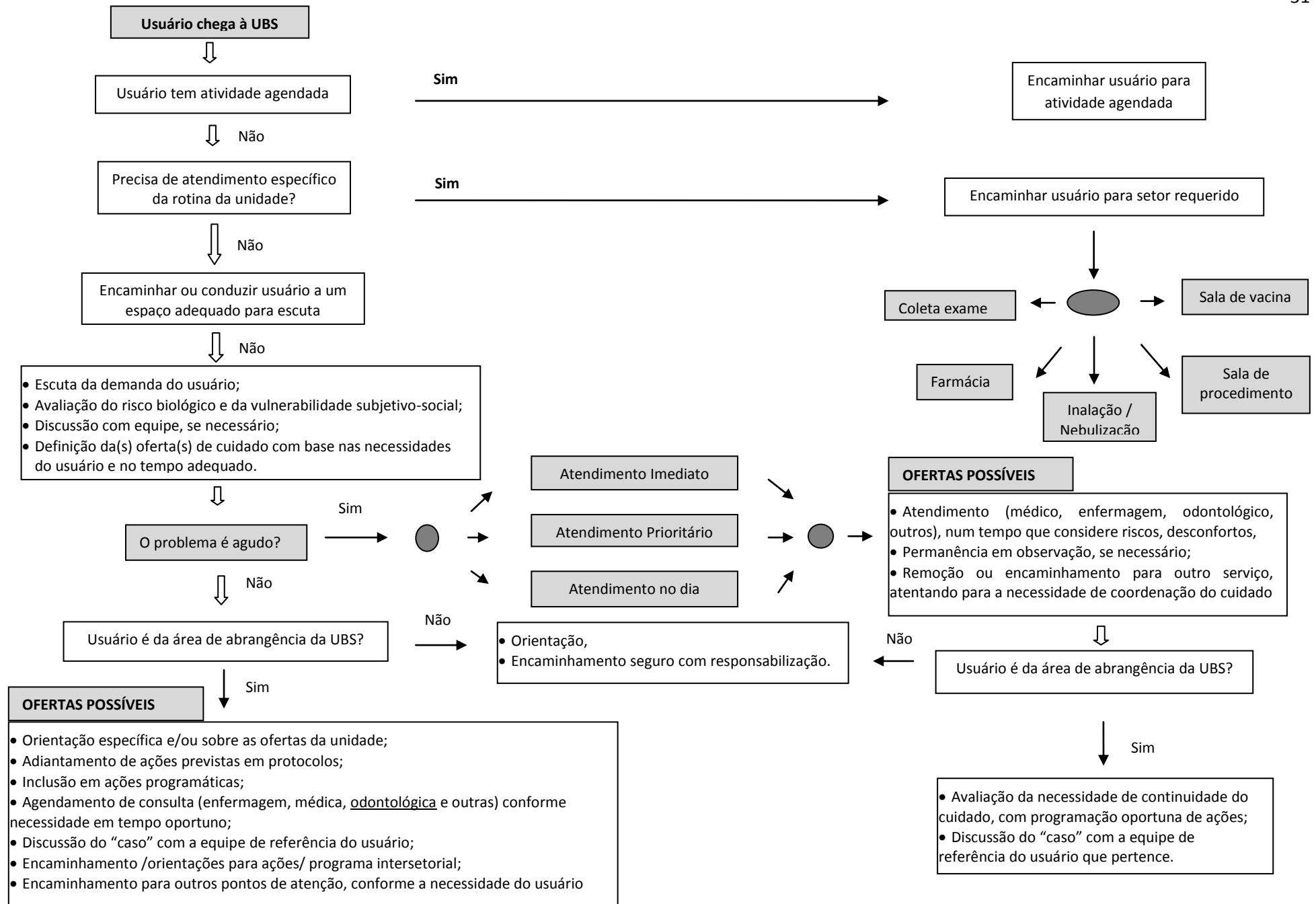


Figura 3 – Fluxograma dos usuários na Unidade Básica de Saúde - Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Caderno de Textos. Cartilhas da Política Nacional de Humanizaçã.2011, p. 28..

5.6 Experiências de implantação do acolhimento em municípios brasileiros

A seguir, serão apresentados relatos publicados de experiências em municípios brasileiros onde houve a implantação do processo de acolhimento em serviços de saúde, segundo uma ordenação cronológica de suas publicações e localizações.

5.6.1. Betim (MG)

Tendo em vista a identificação de problemas instalados na UBS Rosa Capuche localizada em Betim (MG), houve a decisão de em 1996 implantar o acolhimento nesta unidade. Os problemas elencados pelos autores Franco *et al.* (1999) foram: elevado número de usuários excluído de atendimento, predomínio de busca por atendimento médico, processo de trabalho centrado no usuário e no médico, além da inexistência de relações interdisciplinares.

Portanto, Franco *et al.* (1999) apresentam um estudo comparativo entre o modelo atual e o anterior ao acolhimento.

O processo de implantação do acolhimento nesta unidade foi marcado pela participação do Conselho Local de Saúde, pelo estabelecimento de protocolos de procedimentos, e pela transferência do centro de atendimento para a equipe (enfermeira, assistente social, técnica e auxiliar de enfermagem).

Como resultado marcante desta transformação registrou-se uma elevação de aproximadamente 600% no rendimento de trabalho após sua implantação. No ano anterior a este processo notou-se que o número médio de atendimentos mensais foi de 1.342, enquanto que com este novo modelo de trabalho o número anual de atendimentos alcançou o valor de 4.455. Também, relataram um aumento significativo no rendimento de trabalho dos profissionais, além do caracterizar o processo de trabalho pela sua resolubilidade.

Franco *et al.* (1999) ressaltam que este modelo tecno-assistencial contou com uma gestão democrática e participativa, onde debruçaram-se, inicialmente com a questão referente ao temor da ideia falsa de se estabelecer um Pronto-Atendimento com a implantação do acolhimento.

Ao final, estes autores sugerem soluções para superar os problemas elencados após um ano de implantação do acolhimento, onde citam: a resistência da participação dos médicos, a persistência da difícil tarefa no agendamento para atendimento médico, e finalmente a dificuldade na conciliação entre as tarefas externas com as internas (FRANCO *et al.*, 1999).

5.6.2 Belo Horizonte (MG)

Malta *et al.* (2000) realizaram uma investigação comparativa com a implantação do projeto acolhimento pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1994 a 1997, com o objetivo principal de impactar mudanças no processo de trabalho da saúde caracterizado como um sistema de difícil acesso.

Como metodologia deste estudo usou-se a análise dos bancos de dados, e também uma pesquisa qualitativa composta por questionários aplicados aos gerentes dos Centros de Saúde (CS) deste município. Este questionário buscou questões referentes à utilização de protocolos assistenciais, o uso de fluxograma, a participação periódica de reuniões de equipe, e sua integração. No período de dois anos foi implantado o acolhimento em 90 CS deste município.

Este trabalho menciona que a implantação do acolhimento na saúde bucal se deu de forma gradativa, representando uma área técnica com necessidades de ampliar a reflexão sobre a integração com as demais clínicas, a fim de promover a ampliação no acesso, e a humanização dos serviços. Como propostas de soluções para tal necessidade foram introduzidos programas de escovação coletiva, e estabelecimento de critérios de risco (MALTA *et al.*, 2000).

Os resultados dos questionários aplicados revelaram que 65,5% dos CS utilizavam protocolos assistenciais; enquanto 34,6% não o utilizavam. Também, observaram que 67% das equipes utilizaram fluxograma, enquanto 32% não o aplicaram. Quanto à prática de reuniões periódicas em equipe, 72% afirmaram fazê-la, e cerca de 30% apresentavam dificuldades. Em relação à integração da equipe, 66% dos gerentes afirmaram estarem integrados, já 44% afirmaram o oposto.

Ao avaliarem os bancos de dados, registrou-se uma média de 45% dos atendimentos pediátricos com diagnóstico de patologias agudas antes da implantação do acolhimento, já após esta implantação o valor médio elevou-se para 58%. Esta mudança é explicada pelo fato dos CS com acolhimento terem introduzidos uma nova dinâmica no processo de trabalho em saúde, priorizando os casos mais agudos. Portanto, notou-se uma mudança no perfil ambulatorial com maior ingresso de casos agudos após sua implantação (MALTA *et al.*, 2000).

Esta pesquisa propiciou apontar como desafios para a solidificação do acolhimento em CS, a necessidade de uma equipe que se articule integralmente de forma multiprofissional, além da necessidade em estabelecer mecanismos de vinculação e responsabilização da clientela,

Estes autores destacaram nesse estudo determinados conflitos como: dificuldades nas ações dos profissionais; necessidade de readequação do processo de trabalho,

especialmente pelas auxiliares de enfermagem; e em algumas unidades se detectou o aumento da demanda para assistência médica. Frente a tais situações, sugeriu-se a realização de capacitação dos profissionais envolvidos.

Portanto, esta investigação permitiu que Malta *et al.* (2000) concluíssem que a implantação do acolhimento nos CS de Belo Horizonte significou a possibilidade de resgatar os princípios do SUS, ampliando o acesso e humanizando as relações. Porém, em 1996 com a troca de governo ocorreu mais um desafio, a ocorrência da descontinuidade deste projeto.

5.6.3 Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão (RS)

Com o objetivo de identificar a percepção do processo de acolhimento, foi realizada pesquisa pautada na aplicação de questionários respondidos por 41 profissionais nas UBS dos municípios de Porto Alegre, São Leopoldo e Viamão no ano de 2001 (SANTOS *et al.*, 2002).

Segundo alguns profissionais entrevistados, o termo Acolhimento significa “a forma de receber” o usuário no momento da entrada no serviço de saúde. Logo, Santos *et al.* (2002) inferem que este entendimento representa uma ação pontual e individual realizada na entrada da unidade.

Santos *et al.* (2002) evidenciaram através das falas dos entrevistados que muitos deles apresentam algum entendimento sobre Acolhimento, ou desenvolvem ações nesse sentido.

Os autores ressaltam que a trajetória desta pesquisa proporcionou compreender a importância de realizar a escuta dos trabalhadores de saúde, pois ao ouvir suas falas revelaram-se aspectos de sensibilização e disponibilidade para efetuar ações e desenvolver atitudes competentes ao cidadão que busca o atendimento no serviço público de saúde (SANTOS *et al.*, 2002).

Este trabalho proporcionou aos autores concluir que o acolhimento representa uma mudança na forma de atendimento nas UBS, onde os trabalhadores desempenham um importante papel para sua efetivação (SANTOS *et al.*, 2002).

Em 2003 foi publicada uma avaliação da visão dos usuários acerca dos fatores que influenciam a qualidade de atendimento em uma unidade de saúde de Porto Alegre, com enfoque no acesso e no acolhimento. Este estudo foi realizado no ano de 2000, no período de quatro meses, onde utilizaram como dados entrevistas de 17 usuários do sistema de saúde, além de observações. Uma questão problemática foi referida por cinco entrevistados

que relataram dificuldade no acesso à consulta odontológica, já que este município possui uma elevada demanda reprimida com formação de longas filas (RAMOS e LIMA, 2003).

Os relatos destes usuários denotam a existência de variações quanto aos fatores de acesso geográfico, econômico, e funcional. Quanto ao acolhimento, os fatores identificados como demonstrativos da qualidade no atendimento foram: boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada, e bom desempenho profissional. Esta pesquisa apresentou um predomínio na vivência de situações de acolhimento, onde a relação humanizada extrapolou aos profissionais da equipe de saúde, pois referiram que os guardas também ofereceram orientações (RAMOS e LIMA, 2003). Diante deste trabalho, as autoras sugerem que a priorização dos moradores da área de atuação do serviço, siga um critério de territorialização propiciando assim, uma assistência mais humanizada (RAMOS e LIMA, 2003).

Em 2005, Azambuja *et al.* (2007) relataram as oito experiências iniciais de acolhimento em grupo desenvolvidas em uma UAB também em Porto Alegre. Este projeto configura-se como um espaço semelhante a um “grupo de sala de espera”, com o foco na concepção de conhecimentos da coletividade, em busca do fortalecimento do usuário como protagonista das ações do serviço de saúde, fundamentando-se nos pressupostos da educação popular. Tais experiências possibilitam refletir sobre a organização do sistema de saúde, e oferecer uma aproximação entre profissionais e usuários. Além disso, estes autores julgam que o acolhimento em grupo também seja importante para realizar o processo de territorialização, tal como os autores Ramos e Lima (2003).

5.6.4 São Paulo (SP)

Fracolli e Zobolli (2004) relataram o estudo realizado em 10 USF localizadas nas regiões norte e sudeste do município de São Paulo com foco na prática do acolhimento, no ano de 2000. Este estudo aplicou a metodologia de observações e entrevistas semi-estruturadas, onde os sujeitos eram representados por profissionais de saúde que atuavam na realização deste acolhimento. Os resultados deste estudo revelaram que as USF estudadas consideraram o acolhimento como uma estratégia para ampliar o acesso da população ao serviço de saúde.

Através desta experiência, Fracolli e Zoboli (2004) afirmaram que um dos princípios que colabora no estabelecimento de uma dinâmica relacional pautada no “ouvir” do usuário seja a existência de um espaço acolhedor, lembrando um ambiente de recepção.

Quanto às limitações observadas neste estudo, constatou-se o uso limitado do real potencial do PSF, já que as ações desenvolvidas foram essencialmente centradas na consulta médica, inclusive sem uso da epidemiologia, a fim de estabelecer ações coletivas.

Como resultado destas entrevistas observou-se divergências entre os trabalhadores de saúde, pois parte manifestou a necessidade de rever as ações do acolhimento, enquanto outro grupo não valorizou tal atitude. Os trabalhadores entrevistados relataram a necessidade de incorporar ações de prevenção, educação, conscientização e orientação no processo de acolhimento, já que este permite o surgimento de um excesso de queixas clínicas.

Através da prática vivenciada por Fracoli e Zoboli (2004) pode-se inferir que o acolhimento desenvolvido nas ESF de São Paulo segue um modelo clínico-biomédico pautado no atendimento da queixa do usuário.

5.6.5 Vitória da Conquista (BA)

Solla (2005) descreve a experiência desenvolvida no município de Vitória da Conquista no estado da Bahia com a implementação da proposta de acolhimento em 37 UBS como estratégia de mudança na organização da atenção à saúde no SUS.

Com o objetivo de viabilizar uma proposta de vigilância em saúde a administração municipal de Vitória da Conquista empregou a ESF incorporando ações programáticas de saúde, e o acolhimento na rede de serviços.

Como ferramentas a serem exploradas neste processo de acolhimento Solla (2005) aponta: recepção, escuta, identificação de demanda e respostas adequadas aos pacientes; estrutura física das unidades adequadas; organização de oferta programática; realização na própria unidade de pequenos procedimentos; realização de atenção à pequenas urgência; articulação com os serviços de urgência; acesso às Centrais de Regulação para marcação de consultas e procedimentos; além da implantação de Conselhos Locais de Saúde.

Este artigo apresenta uma descrição da rede de saúde pública no município de Vitória da Conquista, onde ressalta a importância da participação popular e do controle social para a implementação do processo de acolhimento neste município. Da mesma forma, destaca a importante atuação dos conselhos locais e da ouvidoria (SOLLA, 2005).

Solla (2005) julga que apesar da existência de uma complexa rede de saúde no município de Vitória da Conquista, ainda faz-se necessário implantar novas ações, e também, aperfeiçoar seus fluxos e o controle social, a fim de alcançar melhores resultados.

5.6.6 Alagoinhas (BA)

Com o objetivo de analisar as relações estabelecidas entre a ESB e os usuários do ESF tendo como eixo orientador o acolhimento, Santos *et al.* (2007) desenvolveram um estudo de três equipes implantadas em 2001 no município de Alagoinhas (Bahia), onde até 2006 possuíam 12 ESB.

Esta pesquisa teve como metodologia a realização de entrevistas e observações. Foram entrevistados ao longo de seis meses no ano de 2004 quatro CD, dois ASB, dois enfermeiros, três ACS, um agente administrativo, e cinco usuários. O roteiro que orientou este estudo com foco nas linhas de tensões nos momentos de encontros do processo de acolhimento foi: porta de acesso, relacionamento entre equipe e usuário, número de tipo das demandas, e os encaminhamentos.

Os resultados mostraram que as recepções nas unidades estudadas são burocráticas e conduzidas por critérios administrativos e não técnicos. Relatou que uma modalidade para a organização do atendimento odontológico foi a realização de exames coletivos. As ESF observadas revelaram uma infra-estrutura precária. Estes autores também observaram que as práticas de SB caracterizaram-se pela realização de procedimentos rápidos e os mais simples. No entanto, a relação deste encontro efetivou-se de forma leve e respeitosa (SANTOS *et al.*, 2007).

Conseqüentemente, ao incorporarem o acolhimento nas práticas em SB, Santos *et al.* (2007, p. 82) ressaltam que este:

[...] amplia, e redimensiona a dependência por equipamentos e possibilita ao usuário novos trânsitos, novas combinatórias e diferentes respostas para demandas diversas. Em síntese “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo”.

Em relação ao processo terapêutico desenvolvido pela ESB, este estudo revelou a existência de linha de tensão do acolhimento à medida que não guarda a garantia da sua finalização. Também, propiciou avaliarem as seguintes necessidades das ESB de Alagoinhas: gestores comprometidos com a organização e engajados com a saúde coletiva, trabalhadores valorizados, permitindo assim, articulações com as proposições do SUS, solidificando a prática da integralidade da atenção (SANTOS *et al.*, 2007).

Através deste estudo, os autores apresentaram a possibilidade de repensar o processo de trabalho da ESB para poder superar uma prática centrada na queixa e com baixa resolubilidade que acaba por gerar tensões e insatisfações, tanto para os trabalhadores, quanto para os usuários (SANTOS *et al.*, 2007).

Por fim, Santos *et al.* (2007) ressaltam que as práticas curativas acumuladas são resolvidas a partir da formulação de estratégias de organização local, e por rodas de

negociação, criando, conjuntamente, critérios de atendimento na UBS, para as visitas domiciliares, atividades coletivas, com conseqüente co-responsabilização e controle social.

5.6.7 Fortaleza (CE)

O acolhimento da Odontologia foi implantado no município de Fortaleza em 2008, inicialmente no Centro de Saúde da Família Francisco Melo Jaborandi, cuja população adscrita era de aproximadamente 35.000 usuários, com o objetivo de organizar o processo de trabalho. Este acolhimento foi dividido em três etapas: uma atividade educativa, o exame de necessidades e o agendamento clínico. Neste processo, se estabeleceu a classificação de risco odontológico que variou de zero a três, incluindo também o pronto-atendimento. No período de oito meses desta pesquisa realizou-se o atendimento de 2.385 usuários, sendo que destes 53,3% teriam suas necessidades odontológicas resolvidas no próprio acolhimento ou em uma única sessão clínica, e 4,1% dos usuários necessitaram de serviços especializados, os quais são caracterizados como de difícil acesso na rede, especialmente nas áreas de ortodontia e prótese. Este modelo de assistência odontológica que utilizou fluxograma claro e participativo possibilitou sua consolidação já que ocorreu uma redução considerável nas queixas dos pacientes (NUTO *et al.*, 2010).

Com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho da odontologia em quatro ESF localizadas no Ceará em 2008 foi implantado o acolhimento que contou com a participação da Faculdade de Odontologia de Fortaleza. O processo de acolhimento relatado neste trabalho ocorreu no período de oito meses, sendo dividido em três etapas. Inicialmente procedeu-se atividades educativas, para no próximo momento ser realizados exames intra-orais com discussão da situação de saúde bucal e definição dos encaminhamentos em conjunto com os usuários, ou seja, se realizou nesta etapa uma classificação de risco onde estabeleceu-se a priorização para o atendimento clínico. Portanto, na terceira etapa ocorreu os encaminhamentos segundo o critério da classificação de risco obtido pelo usuário, onde estabelecia-se retorno à primeira etapa do acolhimento periodicamente, ou atendimento clínico (NUTO *et al.*, 2010).

Através deste processo de acolhimento se pode constatar que dos 2.385 usuários atendidos 64% necessitavam com urgência de atendimento, sendo que destes 36,5% tiveram seus problemas resolvidos em uma única sessão. Portanto, o desenvolvimento deste fluxograma de acolhimento contribuiu significativamente para a consolidação das práticas em saúde bucal deste município (NUTO *et al.*, 2010).

Pinheiro e Oliveira (2010) publicaram um estudo das práticas do cirurgião-dentista no PSF também no município de Fortaleza (CE) sob a óptica do acolhimento e do vínculo. Esses autores realizaram 16 entrevistas semi-estruturadas e observações concluindo que os

dentistas aplicam o acolhimento basicamente como uma etapa de organização do processo de trabalho. A partir dessa discussão, este estudo sugere o incentivo das visitas domiciliares pelos cirurgiões-dentistas como um importante instrumento de aproximação da realidade do usuário/comunidade.

5.7 Protocolos de classificação de risco na odontologia

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, promover o trabalho em equipe através da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2011b).

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações, com a construção de fluxos claros por grau de risco, e a tradução destes na rede de atenção (BRASIL, 2011b).

A avaliação de risco serve para definir a priorização para a atenção individual programada e para determinar as necessidades do usuário.

Partindo deste princípio, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Belo Horizonte) em 2006 através do programa Saúde em Casa publicou um Linha-Guia referente a Atenção em SB onde elaborou critérios de classificação de risco, considerando suas condições biológicas (MG, 2006, p.102).

Este protocolo sugere a priorização para o atendimento programático classificando os usuários como R1, R2 e R3 (FIG. 4).

Figura 4 - Classificação de risco preconizada pelo município de Minas Gerais

R1 Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles	
1	Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido.
2	Doença periodontal ativa: sangramento, secreção.
3	Limitações psicossociais em decorrência do comportamento estético, halitose, entre outros.
4	Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.
R2 Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador	
1	Presença de cálculo.
2	Necessidade de prótese removível.
3	Necessidade de tratamento/atenção primária.
4	Necessidade de tratamento/atenção especializada.
5	Outros.
R3 Ausência de atividade da doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem apenas de manutenção da SB.	

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Linha-Guia – Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.p. 102.

Outra maneira de dimensionar o problema de saúde bucal da comunidade é utilizar o levantamento de necessidades, segundo a extensão das necessidades de atendimento utilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte (PALMIER *et al.*, 2008).

Figura 5 - Critérios para a codificação do levantamento de necessidades em saúde bucal	
Códigos	Critérios
0	não apresenta dente permanente e/ou temporário com cavidade; não necessita de restauração ou extração
1	apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidente necessitando de restauração e/ou extração
2	apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração
3	apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração
4	apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais, aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada
5	apresenta a cárie dentária sob controle; a doença periodontal apresenta-se como o maior problema
* Marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda	

Fonte: PALMIER, A.C., et al. **Saúde Bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto**. Belo Horizonte: UFMG, Editora UFMG, 2008.p.39.

Por meio deste modelo, é possível classificar o usuário por código de necessidades, realizando o atendimento por grupos prioritários, e orientando as ações de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das dificuldades que a ESB Pequenas Praias se debruça, especialmente em relação ao não cumprimento pleno das diretrizes que norteiam o SUS, busca-se alternativas que possam superar esta atual situação. A implantação de tecnologias leves tem se mostrado capaz de dinamizar um novo olhar na organização e funcionamento dos serviços de saúde na atenção básica.

Nessa perspectiva, foi possível desenvolver ao longo do presente trabalho subsídios para que se estabeleça uma reflexão acerca da ferramenta acolhimento como uma forma de inclusão definitiva e transformadora do usuário na ESF/ESB.

Logo, concluímos que o acolhimento traz a potencialidade de ampliar e facilitar o acesso dos usuários através do estabelecimento de uma postura atenta aos cuidados de cada cidadão, favorecendo o vínculo e a responsabilização. Enfim, estas transformações acarretam em uma nova ordenação do processo de trabalho em equipe.

Em relação à saúde bucal, observa-se que dificuldades relativas ao saneamento básico, questões sociais, econômicas e educacionais, colaboram de um modo geral, na sedimentação de uma cultura atual marcada pela procura por serviços odontológicos quando a doença cárie e/ou periodontal já se encontram estabelecidas, onde o usuário busca na ESF/ESB prioritariamente por uma solução terapêutica em nosso país. Para que ocorra uma reversão neste quadro, há de repensarmos criticamente na adoção de uma nova política assistencial permeada por ações de acolhimento, responsabilização, e vínculo.

Para implantar práticas e o processo de acolhimento nos serviços de SB são necessários: presença de um espaço acolhedor; elaboração de arranjos organizacionais adaptados a singularidade de cada unidade (fluxograma com classificação de risco); reuniões de equipe; incentivo à educação permanente dos profissionais de saúde; controle social; integração das equipes com a rede de ABS do município em questão; além de um modelo pautado na gestão colegiada.

Enfim, assumir efetivamente o processo de acolhimento como diretriz operacional na ESF/ESB requer amplas transformações que envolvam ações articuladas entre usuários, trabalhadores e gestores.

REFERÊNCIAS

- AZAMBUJA, M.P.R. *et al.* Relato de experiência: o acolhimento em grupo como estratégia para a integralidade. **Psico-USF**, v. 12, n. 1: p. 121-124, jan./jun. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 07 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsmis.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Caderno de Textos**. Cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.bvsmis.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1. Brasília: DF. 2011b. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <<http://www.bvsmis.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: 18 mar 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Equipes da Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/>>. Acesso em: 18 mar 2012.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciê. Saúde Coletiva**, v. 14, sup. 1, set./out. 2009.
- FILHO, J.B.C. *et al.* Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v. 13, n. 31. Botucatu out./dez. 2009.
- FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa da saúde da família. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 38, n. 2; p. 143-151, 2004.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2: p. 345–353, 1999.
- JORGE, M.S.B. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1: p. 75–85, 2007.
- MALTA, D.C. *et al.* Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. **Saúde em debate**, v. 24, n. 45: p. 21-34, set./dez. 2000.
- MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Linha-Guia – Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

NUTO, S.A.S. *et al.* O acolhimento em saúde bucal na estratégia de saúde da família, Fortaleza – CE: um relato de experiência. **Rev. APC**, Juiz de Fora. v. 13, n. 4: p. 505-509, out./dez. 2010.

PALMIER, AC. *et al.* Saúde bucal aspectos básicos e atenção ao adulto. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 72.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. de. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, jan./mar. 2010.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 19. n. 1.:p. 27-34, jan /fev. 2003.

ROTHER, E.T. *et al.* Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5–6, jun. 2007.

SANTOS, A.M. dos. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1; p. 75–85, jan. 2007.

SANTOS, D.L.C.; SUPERTI, L.; MACEDO, M. S.. Acolhimento: qualidade de vida em saúde pública. **Boletim da Saúde**. v.16, n. 2, 2002.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M. A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, nov./dec. 2004.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife. v. 5, n. 4.:p. 493–503,. out./dez. 2005.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde: Tecnologia para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: UFMG, Editora UFMG, 2009. p. 12-37.